

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

349

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BÉRANGER

Né le 24 février 1912, à Saint-Georges-de-Reintembault (Ille-et-Vilaine)

— 8 DEC 1943

Présentée et soutenue publiquement le ..... 1943

L'ORCHIDOPEXIE TRANSSEPTALE  
SANS PLAIE SCROTALÉ

Président : M. QUÉNU, *Professeur.*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1943



# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Nom du Candidat : **BÉRANGER.**

Prénom : **Pierre.**

---

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

1

**BÉRANGER (Pierre).** — L'Orchidopexie transseptale sans plaie scrotale. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 34 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°.....)

2

**BÉRANGER (Pierre).** — L'Orchidopexie transseptale sans plaie scrotale. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 34 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°.....)

3

**BÉRANGER (Pierre).** — L'Orchidopexie transseptale sans plaie scrotale. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 34 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°.....)

4

**BÉRANGER (Pierre).** — L'Orchidopexie transseptale sans plaie scrotale. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 34 p.

(*Th. Méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°.....)



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41551805\\_0079](https://archive.org/details/IA41551805_0079)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BÉRANGER

Né le 24 février 1912, à Saint-Georges-de-Reintembault (Ille-et-Vilaine)

*Présentée et soutenue publiquement le ..... 1943*

L'ORCHIDOPEXIE TRANSSEPTALE  
SANS PLAIE SCROTALE

*Président : M. QUÉNU, Professeur.*

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques  
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1943

## I. — PROFESSEURS

|                                                                | MM.              |
|----------------------------------------------------------------|------------------|
| Anatomie .....                                                 | ROUVIÈRE.        |
| Physiologie .....                                              | Léon BINET.      |
| Physique médicale .....                                        | STROHL.          |
| Chimie médicale .....                                          | POLONOVSKI.      |
| Bactériologie .....                                            | GASTINEL.        |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....             | BRUMPT.          |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                    | BAUDOUIN.        |
| Pathologie médicale .....                                      | CHABROL.         |
| Pathologie chirurgicale .....                                  | PETIT-DUTAILLIS. |
| Anatomie pathologique .....                                    | LEROUX.          |
| Histologie .....                                               | CHAMPY.          |
| Pharmacologie et matière médicale .....                        | TIFFENEAU.       |
| Thérapeutique .....                                            | AUBERTIN.        |
| Hygiène et médecine préventive .....                           | N...             |
| Médecine légale .....                                          | DUVOIR.          |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....               | LIAN.            |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                     | Henri BENARD.    |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                 | CHIRAY.          |
|                                                                | ABRAMI.          |
|                                                                | FIESSINGER.      |
| Clinique médicale .....                                        | HARVIER.         |
|                                                                | PASTEUR-VALLERY- |
|                                                                | RADOT.           |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....               | CATHALA.         |
| Clinique des maladies des enfants .....                        | Robert DEBRÉ.    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. | LÉVY-VALENSI.    |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....          | GOUGEROT.        |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                 | GUILLAIN.        |
| Clinique des maladies infectieuses .....                       | LEMIERRE.        |
|                                                                | CADENAT.         |
| Clinique chirurgicale .....                                    | BROCQ.           |
|                                                                | QUÉNU.           |
|                                                                | MONDOR.          |
| Clinique ophtalmologique .....                                 | VELTER.          |
| Clinique urologique .....                                      | CHEVASSU.        |
|                                                                | N...             |
| Clinique d'accouchements .....                                 | N...             |
|                                                                | PORTES.          |
| Clinique gynécologique .....                                   | MOCQUOT.         |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....            | LEVEUF.          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                          | LOEPER.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                        | LEMAITRE.        |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                      | SÉNÈQUE.         |
| Clinique propédeutique .....                                   | M. VILLARET.     |
| Clinique de la tuberculose .....                               | TROISIER.        |
| Clinique chirurgicale orthopédique .....                       | MATHIEU.         |
| Clinique de cardiologie .....                                  | DONZELOT.        |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                              | Clovis VINCENT.  |
| Assistance médico-sociale .....                                | N...             |
|                                                                | DOGNON.          |
|                                                                | GIROUD.          |
| Professeurs sans chaire .....                                  | HAZARD.          |
|                                                                | JAYLE.           |
|                                                                | JOANNON.         |
|                                                                | OLIVIER.         |
|                                                                | VERNE.           |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
BARIÉTY..... Pathologie médicale.  
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.  
BESANÇON (Justin). Hydrologie.  
BONNET ..... Bactériologie.  
BOULIN..... Pathologie médicale.  
BROUET..... Pathologie médicale.  
BULLIARD.... Histologie.  
CACHERA..... Pathologie médicale.  
CORDIER ..... Anatomie.  
COSTE..... Pathologie médicale.  
COUVELAIRE (Roger). Urologie.  
DELARUE .... Anatomie pathologique.  
DELAY ..... Pathologie médicale.  
DEGREZ (H.).. Physique.  
DESOILLE .... Médecine légale.  
DIGONNET.... Obstétrique.  
DOGNON..... Physique.  
FEVRE ..... Pathologie chirurgicale.  
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-  
cale.  
M<sup>lle</sup> GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-  
thologique.

MM.

GALLIARD.... Parasitologie.  
GARCIN..... Pathologie médicale.  
DE GENNES... Pathologie médicale.  
HAGUENAU... Pathologie médicale.  
LACOMME..... Obstétrique.  
LANTUÉJOL. Obstétrique.  
LAVIER..... Parasitologie.  
LELONG..... Pathologie médicale.  
LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
LENÈGRE .... Pathologie médicale.  
M<sup>lle</sup> J. LÉVY... Pharmacologie.  
MARCHAL .... Pathologie médicale.  
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.  
MOLLARET ... Pathologie médicale.  
MOUQUIN.... Pathologie médicale.  
PATEL ..... Pathologie chirurgicale.  
RENARD..... Ophtalmologie.  
RICHET..... Physiologie.  
SICARD ..... Pathologie chirurgicale.  
SOULIE..... Pathologie médicale.  
SUREAU ..... Obstétrique.  
TURPIN..... Pathologie médicale.  
WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.  
CHAILLEY-BERT Physiologie.  
GUÉNIOT..... Obstétrique.  
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.  
HUGUENIN ..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.  
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.  
VAUDESCAL..... Obstétrique.

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

##### A TITRE PERMANENT

| MM.             |                    | MM.          |                        |
|-----------------|--------------------|--------------|------------------------|
| ALAJOUANINE...  | Clinique médicale. | BASSET ..... | Clinique chirurgicale. |
| BRULÉ.....      |                    | GATELLIER... |                        |
| CHEVALLIER .... |                    | de GAUDART   |                        |
| LAROCHE Guy.... |                    | d'ALLAINES   |                        |
| MOREAU .....    |                    | MOULONGUET   |                        |
| SÉZARY .....    |                    | MOURE .....  |                        |

| MM.         |                        |
|-------------|------------------------|
| ÉCALLE..... | Clinique obstétricale. |
| VIGNES..... |                        |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

| MM.                        |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| DECHAUME.....              | Stomatologie.        |
| N. ....                    | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde affection  
et de ma grande reconnaissance.*

A MON ONCLE ET A MES TANTES

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
ET DES HOPITAUX DE RENNES

A MON JURY DE THÈSE

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence du Jury de notre thèse, hommage de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABEL PELLÉ

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rennes

*Dont nous fîmes l'élève, qui nous a  
inspiré le sujet de cette thèse et qui faci-  
lita notre tâche par ses conseils éclairés.*

*Modeste hommage de notre profonde  
reconnaissance et de notre respectueux  
attachement.*

# L'ORCHIDOPEXIE TRANSSEPTALE SANS PLAIE SCROTALE

---

## INTRODUCTION

---

L'ectopie testiculaire due à l'absence de migration d'un ou des deux testicules dans les bourses est un vice de développement que le médecin est appelé à rencontrer fréquemment. Nous savons que le testicule est primitivement en position lombaire d'où, de très bonne heure, il commence une longue migration qui, de ce point de départ, l'amènera vers la fin du huitième mois de la vie intra-utérine au fond des bourses. Il n'est pas rare, cependant, de voir que cette migration peut être incomplète ou peut ne se réaliser que dans les dernières années de la jeunesse, si toutefois elle se produit. Cette anomalie de développement est susceptible d'être grevée de nombreux accidents parmi lesquels nous citerons : l'orchite du testicule en ectopie, l'étranglement d'une hernie coexistante, la dégénérescence cancéreuse, la torsion du cordon spermatique, sans parler des troubles psychiques, qui ne tarderont pas à se faire sentir sur l'adolescent cryptorchide.

Devant cette multitude d'inconvénients, nous com-

prenons que les chirurgiens aient eu à cœur de perfectionner la technique de fixation du testicule dite orchidopexie, technique qui a été fixée en France depuis longtemps par Ombrédanne.

S'inspirant du principe que le Dr Chevassu a toujours appliqué systématiquement en matière de chirurgie intra-scrotale : pas de chirurgie à travers le scrotum, mais incision toujours sur le cordon, en zone sous-inguinale, le Dr Abel Pellé, de Rennes, a mis au point une technique d'Orchidopexie qu'il emploie depuis plusieurs années et qui a fait l'objet d'une communication à l'Académie de Chirurgie. Dérivée de la technique classique, elle est destinée à éviter l'incision du scrotum. C'est à l'occasion de plusieurs cas d'Orchidopexie pratiquée suivant cette technique que nous avons fait de ce modeste travail.

---

## PLAN DE NOTRE ÉTUDE

---

Après avoir exposé les raisons qui nous ont amené à rédiger ces quelques notes relatives à l'étude de la fixation du testicule en ectopie, nous ferons un rappel embryologique et anatomique, suivi de la description de la technique classique d'Ombrédanne. Nous verrons en cours de route, que ce dernier recommande de pratiquer l'Orchidopexie en deux temps. Cette opération pratiquée en deux temps, ne laisse pas d'entraîner divers inconvénients d'ordre matériel et moral, comme le font remarquer Jean et Mouchet.

Nous verrons les modifications apportées par Jean à la technique d'Ombrédanne, de nature à permettre aisément la pratique de l'orchidopexie bilatérale dans la même séance opératoire avec une seule plaie transverse médiane au niveau du scrotum.

Et, finalement, nous envisagerons l'orchidopexie transseptale sans plaie scrotale.

---

## ANATOMIE. EMBRYOLOGIE

---

Avant d'aborder l'étude du manuel opératoire, il nous paraît indispensable de relever quelques détails anatomiques et embryologiques nécessaires à son intelligence. C'est ainsi que dans ce chapitre, nous rappellerons :

1<sup>o</sup> L'évolution migratrice normale de la glande génitale mâle ;

2<sup>o</sup> L'architecture du testicule et des diverses enveloppes des bourses qui vont nous permettre de fixer et de retenir à sa place physiologique l'organe ectopié une fois descendu.

### EMBRYOLOGIE

Le testicule se forme aux dépens de la partie supéro-interne du corps de Wolff, il est donc situé au début de la vie intra-utérine, au niveau de la région lombaire. La descente du testicule et de ses dérivés wolffiens au travers du canal inguinal, a d'abord été attribuée à l'action du gubernaculum testis, renforcé au delà du fond du canal vaginal par le « processus vaginal » (Soulié) qui attirerait en bas, et allongerait le canal vaginal, entraînant par la suite les testicules et ses annexes.

Actuellement, on admet plutôt que la descente du testicule n'est qu'une migration apparente, due à un accroissement inégal des régions du corps du fœtus et du nourrisson. Normalement, le canal vagino-péritonéal, précédant le testicule dans sa migration inguinale engaine dans sa partie supérieure (funiculaire) le cordon et, dans sa partie inférieure, il recouvre le testicule. A la naissance, la partie funiculaire s'oblitére, seule la partie inférieure persiste et forme la vaginale.

Cette migration testiculaire peut être interrompue à l'un quelconque des points normalement franchis, ou bien encore le testicule peut être dévié de sa route et occuper alors une position embryologiquement anormale.

Dans cette dernière hypothèse, il y a migration défectueuse, elle est rare. Dans le premier cas envisagé, au contraire, il y a migration incomplète : cette variété est beaucoup plus fréquente et c'est elle qui nous intéresse au maximum.

Schématiquement, le testicule en migration incomplète peut être :

— En ectopie abdominale (sous-rénale et iliaque) ; rare.

— En ectopie inguinale (interne, interstitielle, externe) ; fréquente.

— En ectopie cruro-scrotale, le testicule est dans ce cas arrêté à la racine des bourses.

De plus, l'ectopie peut être bilatérale.

## ANATOMIE

### 1<sup>o</sup> *Anatomie du testicule.*

Le testicule en place normale, représente un ovoïde aplati transversalement, et à grand axe oblique en haut et en avant. De couleur blanc-bleuâtre, lisse. Au niveau du bord postéro-supérieur, débordant sur la face externe, se trouve l'épididyme, à laquelle on décrit une tête, un corps, une queue, qui est continué par le canal déférent, d'abord oblique en haut et en avant, puis vertical jusqu'à son arrivée à l'orifice externe du canal inguinal ; il contribue dans cette partie, à la formation du cordon spermatique, véritable pédicule, suspenseur du testicule.

En outre du canal déférent, le cordon spermatique comprend : l'artère spermatique et déférentielle, les plexus veineux, des filets nerveux, des vaisseaux lymphatiques et le ligament de Cloquet, vestige du canal vagino-péritonéal. La nutrition du testicule et de ses annexes est assurée par trois artères : la spermatique (branche de l'aorte), la déférentielle (branche de la génito-vésicale), la funiculaire (branche de l'épigastrique).

La circulation veineuse est assurée par deux groupes veineux, l'un antérieur, l'autre postérieur. De plus, il y a des veines de sûreté qui font communiquer la circulation veineuse du scrotum et celle du cordon (ces veines de sûreté manquent dans les cas de testicules ectopiques).

Les nerfs viennent du plexus solaire par le plexus spermatique, et du plexus hypogastrique par le plexus déférentiel.

2<sup>o</sup> *La loge scrotale ; les enveloppes du testicule.*

Après ce rappel anatomique du testicule, nous verrons dans ce paragraphe la constitution de la loge scrotale où nous conduirons le testicule et où nous le maintiendrons.

Les bourses offrent à étudier de nombreuses couches s'étageant depuis la superficie jusqu'aux testicules ; on a donné à chacune d'elles le nom de tunique. De la superficie à la profondeur on en compte sept :

- la peau ou scrotum,
- le dartos ou première couche musculaire,
- la tunique celluleuse ou première couche celluleuse,
- le crémaster externe ou deuxième couche musculaire,
- le crémaster moyen ou tunique fibreuse,
- la couche celluleuse sous-vaginale ou deuxième couche celluleuse,
- la couche séreuse dite vaginale.

a) *La peau ou scrotum.*

Les caractères de la peau des bourses sont trop connus pour que nous nous y arrêtions longuement. Rappelons brièvement l'existence des plis, la pigmentation spéciale des cellules profondes de l'épiderme, la richesse du derme en fibres élastiques, l'existence à la face profonde du derme de fibres

musculaires constituant la musculeuse cutanée. La peau des bourses présente sur la ligne médiane un raphé longitudinal, vestige de la soudure des deux replis génitaux qui, au cours du développement, forment le scrotum.

*b) Le dartos.*

Le dartos est une mince couche jaunâtre formée de fibres musculaires lisses, qui double la face profonde de la peau à laquelle elle adhère intimement. Au niveau de raphé, le dartos donne naissance à une sorte de cloison (cloison des bourses ou septum) qui se dispose en sens sagittal sur la ligne médiane. Elle divise ainsi le scrotum en deux moitiés, une droite, l'autre gauche, chaque moitié contenant le testicule correspondant entouré de ses enveloppes. Cette cloison des bourses, disons-le tout de suite, possède une grande élasticité, et, nous verrons toute l'importance de cette propriété du septum dans l'orchidopexie.

*c) La tunique celluleuse.*

La tunique celluleuse est constituée par une lame de tissus fort mince, à trame peu serrée, contenant les vaisseaux superficiels des bourses.

*d) Le crémaster.*

Sous le nom de crémaster on décrit un ensemble de faisceaux musculaires striés, qui, partis du bord inférieur de la ceinture abdominale pelvienne, se répandent en éparpillant leurs fibres sur le cordon et le testicule recouverts de la tunique fibreuse.

e) La tunique fibreuse.

Cette tunique engaine complètement le cordon et le testicule entouré de sa séreuse ; elle est une dépendance du fascia transversalis avec lequel elle se continue au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. En bas, au-dessous du pôle inférieur de la glande, elle forme le ligament scrotal qui va, d'autre part, se fixer au fond des bourses.

f) Le crémaster moyen.

On donne ce nom à un ensemble de fibres musculaires lisses, largement parsemées au niveau des faces latérale et antérieure de la tunique fibreuse.

g) La vaginale.

La vaginale est cette séreuse qui entoure le testicule immédiatement appliquée sur lui, elle constitue la dernière de ses tuniques.

Comme toute séreuse, elle forme un véritable sac auquel il est classique de reconnaître deux feuillets : l'un pariétal, l'autre viscéral, se continuant l'un dans l'autre au niveau d'une ligne dite de réflexion.

---

## HISTORIQUE

---

L'Orchidopexie est une opération qui consiste dans l'abaissement et la fixation en situation normale d'un testicule ectopié.

L'Orchidopexie a été réalisée, pour la première fois, par méthode sanglante, en 1820, par Koch de Munich. Différents chirurgiens voulurent suivre Koch sur cette voie, mais les résultats furent désastreux. La presque totalité des manœuvres opératoires portant sur la glande génitale mâle se terminait par la castration dont Kraske, en 1882, se faisait même le défenseur. Ces manœuvres mutilantes n'étaient pourtant pas acceptées de gaieté de cœur et Ambroise Paré, ne disait-il pas au cours d'une discussion : « qu'il ne faut pas se hâter d'ôter les testicules à ces pauvres jeunes hommes ». L'Orchidopexie prévalut et on verra les chirurgiens rivaliser d'ingéniosité pour transformer nos cryptorchides en sujets virils aux « duo testes et bene pendentes ».

Sur le premier temps de l'acte chirurgical qui consiste à abaisser le testicule, tous les auteurs sont d'accord : incision de la paroi antérieure du canal inguinal permettant d'isoler le cordon, de libérer le testicule et de l'abaisser au maximum. Mais où les

difficultés surgissent, c'est dans la fixation du testicule comme va nous le prouver l'abondance des procédés. Les uns s'opposent à l'ascension de la glande en créant au-dessus d'elle un obstacle et nous avons affaire à la fixation indirecte que préconiseront Kirmisson, Delbet, Berger, Bérard et Félizet. Ces derniers fixent le testicule en formant autour de lui « une gangue fibreuse qui lui sert pour ainsi dire d'attelle » soit en fixant le cordon aux piliers de l'anneau inguinal ou à l'aponévrose abdominale.

D'autres chirurgiens, et c'est la tendance actuelle, ont recours aux procédés de fixation directe en agissant directement sur la glande ou sur son pédicule. Parmi les procédés de fixation du cordon, nous citerons celui de Tuffier qui consiste à fixer le cordon à l'anneau inguinal. La fixation du testicule lui-même, c'est-à-dire l'Orchidopexie véritable est le procédé adopté par la majorité des auteurs, mais les avis sont encore partagés sur l'organe qui servira de point fixe.

Certains chirurgiens fixèrent le testicule à la peau du scrotum, mais bientôt on voyait le testicule remonter par suite d'une traction progressive et le scrotum se déplier en doigt de gant. D'autres eurent recours à la cloison médiane des bourses, à la cuisse, au périnée, et enfin, à l'autre testicule (synorchidie artificielle de Mauclaire). Nous devons attendre Walther pour voir l'Orchidopexie faire un grand pas. Son procédé appartient à la fois aux deux méthodes de fixation puisque la fermeture de l'orifice créée dans la cloison des bourses le retient mécaniquement, mais

il est soumis à une traction permanente par l'action de la cloison élastique des bourses.

Ombrédanne, dont la technique est demeurée classique, suivra la technique de Walther ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce procédé. Nous ajouterons, pour être complet, que Mathieu a apporté une modification à la technique d'Ombrédanne en utilisant les propriétés physiologiques du dartos.

---

## L'ORCHIDOPEXIE TRANSCROTALE

---

Parmi les nombreux procédés d'abaissement et de fixation du testicule qui ont été préconisés autrefois, seul celui de Walther mérite une mention spéciale. Walther, en effet, a eu le grand mérite d'utiliser, le premier, l'élasticité de la cloison des bourses pour fixer le testicule. Ce procédé demeurera comme nous le verrons, le principe fondamental de la technique. Mais au lieu de chercher, comme Walther, l'engagement direct, Ombrédanne réalise son orchidopexie en allant chercher la glande par la poche scrotale opposée à l'ectopie : c'est l'opération d'orchidopexie transcrotale d'Ombrédanne.

### PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE

Le principe de ce procédé consiste à utiliser la cloison élastique des bourses pour abaisser le testicule. La glande étant passée par une boutonnière faite dans la cloison dans l'hémibourse, du côté opposé, subit de ce fait une sorte de traction physiologique qui équivaut à l'application d'une extension continue sur les éléments du cordon. La glande ainsi fixée ne peut échapper à travers la boutonnière rétrécie, de façon adéquate.

**Technique.** — Ombrédanne fait l'incision habituelle, procède à l'ouverture de la paroi antérieure du canal inguinal, isole le cordon, libère le testicule et arrive au troisième temps chirurgical, le plus important. Dans ce troisième temps, Ombrédanne fait la manœuvre suivante : l'index partant de la plaie inguinale, creuse peu à peu un passage dans le scrotum en visant le milieu de la bourse opposée, bute sur la cloison, la refoule et va soulever les téguments du scrotum du côté sain. Et c'est par le flanc du scrotum sain, tendu par l'index qui le refoule, que le chirurgien fait une incision de 3 cm. comprenant toute l'épaisseur du tégument. Sous la pression de l'index, on voit apparaître, au fond de l'incision, la cloison des bourses. L'opérateur incise la cloison verticalement. L'incision faite, l'index apparaît, l'opérateur appuie une pince de Kocher fermée sur le bout de son index sorti par l'incision. Il retire son index suivi par la pince qui va sortir par la plaie inguinale où on place entre ses deux mors, le catgut qu'on a passé dans la vaginale testiculaire. La pince se referme et entraîne ce double fil en rétrogradant et en amenant le testicule avec lui.

Le testicule franchit la boutonnière de la cloison. L'opérateur suture la cloison des bourses par un surjet au fil de lin. On suture la plaie testiculaire et on refait le canal inguinal.

**Ectopie bilatérale.** — En cas d'ectopie bilatérale, on n'abaisse pas simultanément les deux testicules,

car il pourrait en résulter une sangle qui comprimerait l'urètre. On abaisse d'abord un testicule, le plus mauvais, et deux mois environ après, lorsque le premier testicule est bien descendu, on abaisse, par le même procédé le second, qui vient se placer au-dessous de celui qui a été préalablement abaissé. Ombrédanne recommande formellement de pratiquer l'orchidopexie bilatérale en deux temps.

Mais il y a, à cette façon de faire, disent Jean et Mouchet, divers inconvénients d'ordre matériel et d'ordre moral, que les parents des opérés sont les premiers à déplorer. Aussi Jean a-t-il eu l'idée d'apporter à la technique d'Ombrédanne, une modification de nature à permettre aisément la pratique de l'orchidopexie bilatérale dans la même séance opératoire. Voyons en quoi consiste l'originalité de la technique.

**Orchidopexie bilatérale en un temps** (D'après Jean et Mouchet).

Jean et Mouchet conservent le principe de la technique qui est l'utilisation de l'élasticité de la cloison des bourses :

1<sup>o</sup> Premier temps inguinal.

Ne diffère nullement de la technique classique.

2<sup>o</sup> Deuxième temps : scrotal.

Les deux testicules sont amarrés : le droit dans la poche scrotale, la gauche dans la partie scrotale droite. L'opérateur fait sur la peau une courte incision transversale superficielle en ayant soin de la

placer sur le segment postérieur des bourses. Une fois la peau incisée, le chirurgien fait tendre par l'aide la cloison des bourses et pratique une incision dans cette dernière. C'est alors seulement qu'on fera descendre les testicules de la région inguinale où ils sont restés placés. Pour cela ces auteurs se gardent de pratiquer la manœuvre classique qui consiste à introduire le doigt dans la région inguinale de façon à se forer un chemin à travers les tissus fibreux. Ils préfèrent conserver ces tissus qui leur paraissent devoir servir efficacement à empêcher la réascension du testicule, une fois qu'il a été amené dans les bourses. Une pince de Terrier est introduite à droite de la cloison des bourses et est dirigée obliquement en haut et en dehors, en exerçant une légère pression sur les tissus fibreux qu'elle doit traverser, pour l'amener dans la plaie inguinale où elle saisit le ligament scrotal. Croisement et suture de la cloison. Les deux cordons sont croisés dans l'angle rentrant de la cloison, et l'aide maintient les deux testicules à leur place nouvelle. La cloison est alors suturée en avant des deux cordons. Reste à réaliser l'hémostase et à faire la suture cutanée avec grand soin pour avoir un affrontement rigoureux.

---

## L'ORCHIDOPEXIE TRANSSEPTALE SANS PLAIE SCROTALE

---

Cette plaie scrotale, que nous retrouvons dans tous les procédés classiques, comme le fait remarquer le D<sup>r</sup> Abel Pellé, est toujours un peu douloureuse, son pansement est assez difficile et chez l'enfant elle est fréquemment souillée. Malgré toute l'attention qu'on apporte à faire une suture soigneuse, il faut toujours redouter une désunion. La cicatrisation, quand elle se produit, par seconde intention, est souvent très lente dans cette région. La peau des bourses très vascularisée est souvent d'hémostase difficile et l'hématome est loin d'être exceptionnel. Celui-ci peut s'infecter et provoquer des accidents parfois sérieux. M. le D<sup>r</sup> Chevassu, pour empêcher cet hématome dans la chirurgie intra-scrotale, recommande l'incision systématiquement haute inguino-scrotale.

C'est en partant de ce principe que le D<sup>r</sup> Abel Pellé, de Rennes, a apporté une modification à la méthode d'Ombrédanne, permettant l'orchidopexie transseptale sans plaie scrotale.

## MANUEL OPÉRATOIRE

Le principe fondamental de la technique classique, c'est-à-dire l'utilisation de l'élasticité de la cloison des bourses est conservé.

### 1<sup>o</sup> *Ectopie unilatérale droite.*

#### a) Temps inguinal.

##### INCISION CUTANÉE.

L'opérateur se place toujours à droite, quel que soit le côté opéré et fait une incision de cure radicale de hernie inguinale. Notre incision intéresse la peau et le plan sous-jacent représenté ici par le fascia abdominalis de Thomsen. Chemin faisant, nous sectionnons quelques artérioles et quelques veines sans importance.

##### DÉCOUVERTE ET OUVERTURE DU TRAJET INGUINAL.

L'incision faite précédemment, nous permet d'apercevoir toute l'étendue du trajet inguinal. Nous incisons la lame tendineuse du grand oblique et alors apparaît le testicule comme une petite masse contenue dans le canal péritonéovaginal.

L'opérateur insinue son doigt facilement au-dessous du testicule et il le soulève. Celui-ci tient dans la direction du fond du scrotum par une masse fibroadipeuse (gubernaculum testis). On coupe le gubernaculum entre deux ligatures.

S'il y a une hernie inguinale, on fait la cure de cette dernière ; on isole le testicule sous une compresse et on passe au second temps.



FIG. 1.

*b) Temps scrotal : C'est le temps fondamental.*

Deux pinces de Kocher, maintenues par l'aide repèrent le raphé médian. L'index gauche pénètre par l'incision dans le scrotum droit, refoule son contenu cellulo-graisseux et vient butter contre le raphé tendu par les pinces.

Le raphé ainsi repéré, le doigt est retiré de la plaie. Se portant alors sur le scrotum gauche, au delà du raphé tendu par les deux pinces, il refoule la peau du scrotum en s'en coiffant comme d'un doigt de gant, en direction de l'incision inguinale droite.

Il ne tarde pas à apparaître à la partie inférieure de cette incision, ayant refoulé devant lui la cloison médiane des bourses dont la résistance et l'aspect nacré sont caractéristiques. Deux pinces de Kocher fixent la cloison ainsi refoulée.

Tendue entre les deux pinces, la cloison est incisée et sur les lèvres de l'incision que l'on élargit, deux nouvelles pinces sont appliquées.

A travers l'ouverture, une pince de Kocher va préparer la loge scrotale gauche à retenir le testicule droit. Celui-ci est alors introduit, la boutonnière s'étire et se rétrécit autour du pédicule spermatique.

Quelques points réalisent une fermeture plus hermétique et une hémostase plus complète. Il faut que le nouvel orifice enserre suffisamment le cordon pour s'opposer à l'issue du testicule, il ne faut pas que la constriction du cordon soit trop grande, pour ne pas gêner la circulation. Le testicule est bien fixé.

On refait le canal inguinal comme après une opération de hernie.

### 2<sup>o</sup> *Ectopie unilatérale gauche.*

La manœuvre est identique et le passage du testicule à travers la cloison médiane se pratique avec la même facilité.

### 3<sup>o</sup> *Ectopie bilatérale.*

Avec ce procédé, l'orchidopexie bilatérale peut être pratiquée dans la même séance opératoire.

Testicules et cordons sont d'abord libérés et par la

partie basse de l'incision inguinale le doigt isole la poche scrotale qui va recevoir la glande du côté opposé.

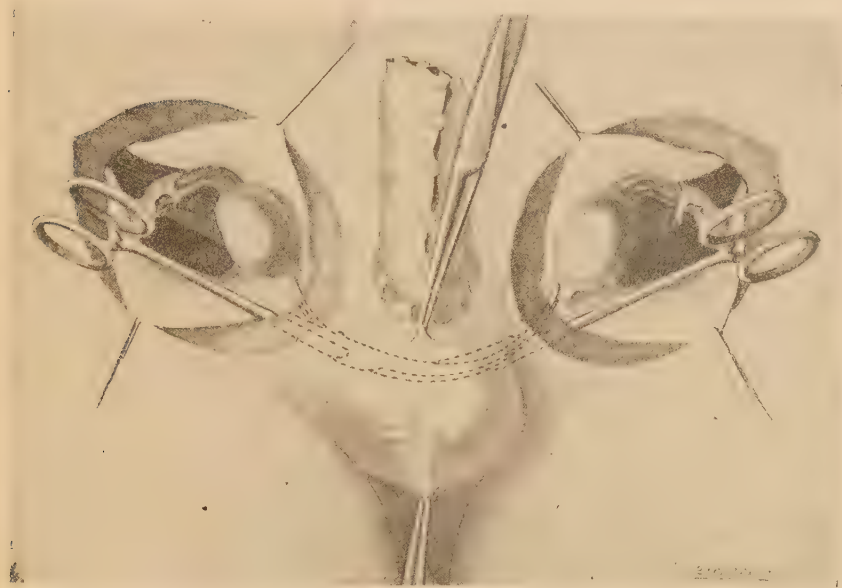


FIG. 2.

Deux pinces fixent comme précédemment la peau médiane. L'index gauche se coiffe de la cloison des bourses dont les deux lèvres sont repérées. A travers l'ouverture, on introduit deux pinces qui se croisent pour aller saisir la gauche, le testicule droit ; la droite, le testicule gauche et amener ainsi après avoir fait franchir la brèche médiane, les glandes dans leur poche respective.

Deux fils ferment l'orifice. Celui-ci doit être assez

large pour permettre une certaine liberté au cordon, mais assez étroit pour empêcher les testicules de remonter et de quitter leur nouvelle loge. La paroi antérieure inguinale est saturée en trois plans.



## CONCLUSION

---

Ce procédé apparenté à celui d'Ombrédanne, tire son originalité du fait suivant : alors qu'au troisième temps du procédé classique on fait une brèche scrotale du côté sain, la technique que nous proposons supprime cette brèche.

L'opérateur refoule avec l'index les téguments du scrotum du côté sain et la cloison jusque dans la plaie inguinale.

Là, seulement, la cloison, amarrée avec des pinces, est incisée pour livrer passage au testicule ectopié qui sera introduit dans la poche scrotale du côté sain.

Dans les cas favorables où le pédicule est assez long et le testicule normal, les résultats obtenus, sont, en tous points, satisfaisants.

La région scrotale, si difficile à maintenir aseptique chez les enfants grâce à ce procédé, ne suppure pas.

Nous avons vu employer cette technique opératoire dans toutes les variétés d'ectopie : l'incision de la cloison médiane des bourses s'est toujours pratiquée avec la plus grande facilité.

Dans tous les cas, ce procédé qui correspond plei-

nement au principe que le Dr Chevassu a toujours défendu, nous a paru présenter l'avantage très appréciable d'éviter une ou deux plaies scrotales avec les complications qu'elles peuvent engendrer.

Vu : le Président de la thèse,

M. QUÉNU.

Vu : le Doyen,

A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. MAUCLAIRE (P.-L.). — Traitement de l'ectopie testiculaire (*Annales des maladies des organes génitaux urinaires*, septembre 1901).
2. Congrès français de Chirurgie, 1906. — Rapport de M. Villard.
3. WALTHER (Ch.). — Un procédé d'Orchidopexie (Académie de Médecine, 23 janvier 1902, *Bulletin*, p. 197).
4. MONOD. — Sur le procédé de l'Orchidopexie du docteur Ch. Walther (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1912).
5. OMBRÉDANNE (Louis). — Indications et technique de l'Orchidopexie transcrotale chez l'enfant (*Presse médicale* du 8 octobre 1910).
6. — Technique chirurgicale infantile.
7. TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique, t. II.
8. *Journal de Chirurgie*, t. XXXIX, n° 4, avril 1932, p. 504.
9. CZETTEL (Mlle). — L'Orchidopexie transseptale et transdartoïque (Thèse Paris, 1925, n° 179).
10. *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1939. Communication du docteur Abel Pellé de Rennes.
11. MARION. — Manuel de technique chirurgicale.
12. FORGUE. — Pathologie externe.





